

Phiếu Đánh Giá Sức Khỏe Răng Miệng

Dành cho tất cả học sinh từ 3 tuổi trở lên, dùng phiếu này để báo cáo hiện trạng sức khỏe răng miệng của các em cho trường/cơ sở giữ trẻ.

Hướng Dẫn

- Hoàn thành Phần 1 dưới đây. Mang phiếu này tới chỗ nhà cung cấp nha khoa của trẻ/học sinh. Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa cần hoàn thành Phần 2.
- Gửi lại phiếu đã hoàn thành đầy đủ và có chữ ký cho trường học/cơ sở giữ trẻ của học sinh.

Phần 1: Thông Tin về Trẻ Em/Học Sinh (do phụ huynh/người giám hộ hoàn thành)

Tên _____ Họ _____ Chữ Cái Đầu Tên Đệm _____

Tên của Trường Học hoặc Cơ Sở Giữ Trẻ _____

ID Học Sinh _____ Ngày Sinh

--	--	--	--	--	--	--	--

(MMDDYYYY):

Nhận Dạng Giới Tính Hiện Tại: _____

Địa Chỉ Nhà: _____ Tiểu Bang Nhà: _____ Mã Zip Nhà

--	--	--	--	--	--

Trường Học Cấp lớp	Giữ trẻ	Mầm non 3	Mầm non 4	Mã u giáo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Giáo Dục Người Lớn
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phần 2: Hiện Trạng Sức Khỏe Răng Miệng của Trẻ/Học Sinh (Do nhà cung cấp nha khoa điền)

- | | Có | Không | | |
|---|--------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Bệnh nhân có ít nhất một răng có lỗ sâu răng rõ ràng (sâu răng không được điều trị) không? Điều này KHÔNG bao gồm hốc có vết đen hay khe không có biểu hiện bị mục cấu trúc men hoặc thương tổn mất khoáng không phải sâu răng (ví dụ như các đốm trắng). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Bệnh nhân có ít nhất một răng sâu đã được điều trị không? Bao gồm bất kỳ răng nào có chất trám hợp kim, nhựa tổng hợp, phục hình tạm thời, hay mao răng là kết quả của việc điều trị sâu răng. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Bệnh nhân có ít nhất một răng hàm vĩnh viễn có chất bọc kín toàn phần hoặc bán phần không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Bệnh nhân có tình trạng sâu răng không được điều trị hay các vấn đề răng miệng khác yêu cầu chăm sóc trước buổi khám nha khoa định kỳ không? (Nhu cầu chăm sóc sớm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Bệnh nhân có bị đau, áp xe, hay sưng không? (Nhu cầu chăm sóc khẩn cấp) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Bao nhiêu răng sữa trong miệng bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi chứng sâu răng mà:
a. Không được điều trị <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
b. Được điều trị với chất trám/mao răng? <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | |
| 7. Bao nhiêu răng vĩnh viễn trong miệng bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi chứng sâu răng mà:
a. Không được điều trị <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
b. Được điều trị với chất trám/mao răng <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
c. Đã nhổ răng do sâu? <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | |
| 8. Bệnh nhân có bảo hiểm nha khoa nào? | Medicaid
<input type="checkbox"/> | Bảo Hiểm Tư Nhân
<input type="checkbox"/> | Khác
<input type="checkbox"/> | Không Có
<input type="checkbox"/> |

Tên Nhà Cung Cấp Nha Khoa _____

Dấu của Văn Phòng Nha Khoa _____

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Nha Khoa _____

Ngày Khám Nha Khoa _____

Phiếu này thay thế bản cũ của Phiếu Đánh Giá Sức Khỏe Răng Miệng DC được sử dụng để nhập học ở các trường học của DC, tất cả các chương trình Head Start, và trung tâm giữ trẻ. Phiếu này được DC Health chấp thuận và là tài liệu bảo mật. Việc bảo mật tuân thủ Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPPA) dành cho các nhà cung cấp y tế và Đạo Luật về Quyền Hạn Giáo Dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình (FERPA) dành cho các trường học ở DC và các nhà cung cấp khác.